Deliberazione N. ***613***

**Assessore**

**Presidente Roberto FICO**

| SPL | SSL | STL |
|---|---|---|
| 204 | 02 | 02 |

# *Regione Campania*

GIUNTA REGIONALE

SEDUTA DEL ***04/11/2026***

## PROCESSO VERBALE

Oggetto:

***Definizione per gli esercizi 2026-2027 dei limiti prestazionali e di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni afferenti alla macroarea sociosanitaria: RSA e Centri Diurni, Salute mentale, Hospice, SUAP, Comunità residenziali e semiresidenziali per soggetti affetti da dipendenze patologiche.***

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1) | Presidente | Roberto | FICO | Presidente |
| 2) | Vicepresidente | Mario | CASILLO | |
| 3) | Assessore | Fulvio | BONAVITACOLA | |
| 4) | Assessore | Vincenzo | CUOMO | |
| 5) | Assessore | Onofrio Giustino Angelo | CUTAIA | |
| 6) | Assessore | Vincenzo | MARAIO | |
| 7) | Assessore | Andrea | MORNIROLI | |
| 8) | Assessore | Claudia | PECORARO | |
| 9) | Assessore | Angelica | SAGGESE | |
| 10) | Assessore | Maria Carmela | SERLUCA | |
| 11) | Assessore | Fiorella | ZABATTA | |
| | Segretario | Mauro | FERRARA | |

**Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Direzione Generale e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Direttore a mezzo di sottoscrizione della presente**

**PREMESSO che**

a. con Deliberazione di Giunta Regionale n. 460 del 20.03.2007, è stato approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004, n. 311;
b. con Delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009, è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente *pro tempore* della Giunta Regionale della Campania, ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla Legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modifiche;
c. l'art. 2, comma 88, della Legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: "*Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale*";
d. con Delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente *pro tempore* della Giunta Regionale della Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88, della Legge n. 191/2009;
e. in data 10 luglio 2017, il Consiglio dei Ministri ha deliberato la nomina del Presidente *pro tempore* della Giunta Regionale della Campania a Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario;
f. a seguito della Delibera del Consiglio dei Ministri del 5 dicembre 2019 e della verifica positiva degli adempimenti ivi previsti, intervenuta nella riunione congiunta del 24 gennaio 2020 del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, è cessato il mandato commissariale conferito con la menzionata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 luglio 2017, e la Regione Campania è rientrata nell'esercizio delle funzioni precedentemente ricomprese nel mandato commissariale, nel rispetto della cornice normativa vigente in materia sanitaria e in materia di Piani di rientro dai deficit sanitari;
g. pur essendo la Regione Campania uscita dal Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR stipulato il 13 marzo 2007 ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311, come attestato dalla riunione congiunta del 27 marzo 2026 del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, la gestione del Servizio Sanitario Regionale rimane soggetta a tutti gli obblighi di cui all'Accordo Stato – Regioni del 23 marzo 2005 e s.m.i. ed al costante monitoraggio dei Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, nell'ambito delle verifiche periodiche svolte dal suddetto *Tavolo di verifica degli adempimenti e Comitato LEA*;

**PREMESSO, altresì, che**

a. l'art. 8 quinquies del D. Lgs. 502/1992 e s.m.i. disciplina i rapporti per la fornitura di prestazioni con i soggetti accreditati stabilendo in particolare al comma 2 che la Regione e le Aziende Sanitarie Locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, in cui vengono indicati:
    a.1 il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima azienda sanitaria locale si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza;
    a.2 i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
b. la Regione Campania, in base a quanto disposto dalla normativa di cui al punto precedente, definisce periodicamente la programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa per la remunerazione delle prestazioni rese dalle strutture private accreditate, da assegnare a ciascuna ASL per la macroarea sociosanitaria, definendo altresì i criteri di calcolo, gli

schemi contrattuali che le strutture dovranno sottoscrivere con le Aziende Sanitarie Locali di competenza e la modalità di erogazione delle prestazioni;

c. con DGRC n. 666/2011 è stata fissata la tariffa per le prestazioni rese nelle Comunità/Case alloggio;
d. con DDCCAA n. 94/2012 e 76/2017 è stata fissata la tariffa per le prestazioni rese nelle strutture residenziali e semiresidenziali per cittadini con dipendenza patologica;
e. con DCA n. 45/2015 sono state approvate le tariffe relative alle prestazioni sanitarie a carattere residenziale e semiresidenziale per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza (SIRMIV/ SISEM);
f. con DCA n. 11/2018, a modifica ed integrazione del DCA n. 193/2016, si è stabilito che le cliniche neuropsichiatriche completino il percorso di riconversione entro il 31/12/2018, e anche nelle more del completamento della riconversione rendicontino le attività alimentando il file H, e non emettano SDO;
g. con DCA n. 97 del 16/11/2018, è stata fissata la tariffa per le prestazioni rese nelle Unità di cure residenziali per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze (R2D);
h. con DCA n. 74 del 9/10/2019 è stata fissata la tariffa per le prestazioni rese nelle RSA Unità di cure residenziali estensive R2;
i. con la DGRC n. 544 del 24/10/2024 e successive modifiche ed integrazioni sono stati definiti per gli esercizi 2024 e 2025 i limiti prestazionali e di spesa ed i relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni afferenti la macroarea Sociosanitaria: Unità di Cure residenziali e Centri Diurni, Salute Mentale, Hospice, SUAP, Comunità residenziali e semiresidenziali per soggetti affetti da dipendenze patologiche;
j. con DGRC 526/2025 sono stati aggiornati i profili tariffari per le prestazioni rese dalle strutture denominate: Unità di Cura residenziali per adulti non autosufficienti (R3); Unità di Cura residenziali per disabili non autosufficienti (RD3); Centro diurno Disabili; Centro Diurno Anziani non autosufficienti; Centro Diurno Demenze; Hospice; Speciali Unità di Accoglienza permanente (SUAP/R1); Strutture Intermedie Residenziali psichiatriche terapeutico riabilitative (prestazioni SRP1, SRP2, SRP3);

**PRESO ATTO, dall'istruttoria dei competenti uffici regionali, che:**

a. la legge regionale n. 18 del 29/12/2022 recante "Disposizioni per il contrasto al dumping contrattuale nel Servizio Sanitario Regionale", all'art. 6 ha previsto disposizioni finalizzate a contrastare fenomeni di "dumping contrattuale" e garantire la stabilità dell'occupazione, introducendo un criterio premiale nell'assegnazione delle risorse economiche alle strutture sanitarie accreditate con il Servizio sanitario regionale nella macroarea della riabilitazione e socio-sanitaria che applicano il Contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) per le lavoratrici e i lavoratori del comparto della sanità privata, con i trattamenti giuridici ed economici più vantaggiosi a tutela dei lavoratori;
b. il Gruppo di Lavoro tecnico, costituito giusta nota del Direttore Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale prot. n. 0581785 del 30/11/2023, previa ricognizione dei contratti collettivi di lavoro vigenti ed applicabili in materia, ha individuato gli istituti contrattuali maggiormente rappresentativi al fine di procedere ad una comparazione della regolamentazione concernente il trattamento economico e giuridico di riferimento di ciascun contratto ed ha elaborato una griglia finale contenente, per ogni CCNL, l'attribuzione ai vari istituti contrattuali (con riferimento alle indicazioni dell'ANAC), della relativa pesatura e annesso criterio di valutazione, da cui risulta maggiormente favorevole per la tutela dei lavoratori l'applicazione del "CCNL AIOP" siglato l'8 ottobre 2020;
c. con nota PR n. 358254/2026, i competenti uffici regionali hanno effettuato una ricognizione delle strutture beneficiarie della premialità di cui alla LR n. 18/2022, art. 6, chiedendo in particolare alle AASSLL di comunicare:
    c.1 le strutture insistenti nei territori di competenza che, nelle annualità 2024 e 2025, hanno prodotto in sede di stipula dei contratti l'atto notorio di autocertificazione attestante l'applicazione del CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020 per il personale dipendente globalmente destinato all'assistenza diretta, indicandone altresì la macroarea (riabilitativa o sociosanitaria) e il setting d'accreditamento;

c.2 l’entità delle risorse assegnate ad ogni struttura di cui al punto precedente quale premialità ai sensi dell’art. 6 della legge regionale n. 18 del 29/12/2022, con l’indicazione delle eventuali somme eccedenti rispetto a quelle assegnate;

c.3 gli esiti dei controlli Aziendali sulle autocertificazioni prodotte dalle strutture insistenti nei territori di competenza;

d. i riscontri delle Aziende Sanitarie alla ricognizione di cui al punto precedente, sono stati acquisiti agli atti dei competenti uffici della Direzione Tutela della salute e coordinamento del SSR;
e. all’esito dell’istruttoria di competenza, gli uffici regionali hanno elaborato in via definitiva la programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa, da assegnare a ciascuna ASL per la macroarea sociosanitaria per l’esercizio 2026 e, in via provvisoria, per l’esercizio 2027, sviluppando i criteri dettagliatamente esposti nell’Allegato A – Relazione Tecnica, i valori riportati nelle tabelle di cui agli Allegati B e C e lo schema contrattuale di cui all’Allegato D;
f. i limiti prestazionali e di spesa per le ex case di cura neuropsichiatriche sono calcolati sulla base dei posti letto accreditati come SIR, Centri Diurni Psichiatrici, Hospice e SUAP, mantenendo lo stesso tasso di occupazione dei PL previsto dal DCA 96/2018, applicando le tariffe stabilite dalla DGRC 526/2025 ai posti letto accreditati come SIR, Hospice e SUAP e le tariffe stabilite dal DCA 11/2018 per i Centri Diurni Psichiatrici;
g. i limiti di prestazioni e di spesa per le Comunità/Case alloggio, di cui al Regolamento n. 4 del 7/4/2014, sono valorizzati al netto della quota di compartecipazione a carico dell'utente/comune/Ambito di residenza, e quantificate sulla base dei posti letto attivi e dei pazienti in carico ai servizi di salute mentale rilevati dal flusso SISM nell’anno 2025 e della popolazione residente al 2025;
h. gli uffici regionali propongono, altresì, di destinare alle AA.SS.LL, per l’esercizio 2027, una ulteriore quota aggiuntiva di prestazioni, calcolata secondo i criteri riportati al punto 3 dell’allegato A, da utilizzare esclusivamente per l’acquisto di prestazioni da strutture che, in attesa della conclusione dell’iter amministrativo relativo alla verifica tecnica della UOS “Organismo Tecnicamente Accreditante – OTA” finalizzata all’accreditamento istituzionale, verranno accreditate successivamente alla data d’adozione del presente provvedimento;
i. in data 29/10/2026, si è tenuto incontro tra gli uffici regionali e le Associazioni di Categoria della macroarea sociosanitaria e riabilitazione maggiormente rappresentative, alla presenza del Capo di Gabinetto, nel quale sono stati informati i referenti delle Associazioni dei criteri e metodologie della definizione dei limiti prestazionali e di spesa per la programmazione 2026 e in via provvisoria, 2027;

**RITENUTO di dover**

a. stabilire per l’anno 2026, e in via provvisoria per l’anno 2027, i volumi massimi di prestazioni e i correlati valori di spesa per la macroarea Assistenza Sociosanitaria comprendente Salute Mentale, Hospice, Dipendenze patologiche, Speciali Unità di Accoglienza permanente-SUAP, RSA per anziani non autosufficienti (ora Unità di Cura per adulti non autosufficienti R3), RSA modulo demenze (fino al completamento del processo di adeguamento di cui ai DCA 97/2018 e 74/2019), Unità di cure residenziali per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze (R2D), Unità di cure residenziali estensive (R2), Centri Diurni per anziani/adulti non autosufficienti e Centri Diurni per demenze, RSA per disabili non autosufficienti (ora Unità di Cura per disabili non autosufficienti RD3) e Centri Diurni per disabili non autosufficienti, salvo successivi aggiornamenti;
b. approvare, l’allegato A “Relazione tecnica”, contenente i criteri per la programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa da assegnare alle AA.SS.LL. per la macroarea sociosanitaria per l’esercizio 2026, con validità anche per l’anno 2027 salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi atti;
c. approvare l'allegato B, in cui sono esplicitati i volumi massimi di prestazioni e i correlati limiti di spesa assegnati a ciascuna ASL per l’acquisto dalle strutture private accreditate (**escluse le ex Case di cura neuropsichiatriche**), per gli esercizi 2026 e 2027 ed i correlati volumi di spesa al netto della quota di compartecipazione a carico dei Comuni/Ambiti o degli utenti ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017 con la precisazione che essi non tengono conto della decorrenza effettiva degli accreditamenti di ciascuna struttura;
d. approvare lo schema di contratto allegato al presente provvedimento (allegato D), che le ASL dovranno utilizzare per l’acquisto di prestazioni con le strutture private accreditate insistenti nei territori di competenza;

e. stabilire che le AA.SS.LL. per le strutture sanitarie e sociosanitarie private (escluse le ex Case di cura neuropsichiatriche):
    e.1. devono fissare i volumi prestazionali massimi con correlati valori di spesa riconoscibili nell'esercizio 2026 e 2027, per singolo Centro erogatore accreditato entro i limiti prestazionali esposti nell'allegato B al presente provvedimento, con la specificazione che per il 2026 i limiti prestazionali e di spesa devono essere commisurati al periodo di effettivo accreditamento delle strutture accreditate nel corso del 2026;
    e.2. devono stipulare per l'effetto, entro 15 giorni dalla notifica del presente atto, i relativi contratti ex art. 8 quinquies secondo lo schema di cui all'allegato D, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
    e.3. devono adottare una delibera del Direttore Generale, nella quale daranno atto dei contratti stipulati ai sensi del presente provvedimento con i centri privati eroganti prestazioni residenziali e semiresidenziali in Hospice, Dipendenze patologiche, Salute Mentale, Speciali Unità di Accoglienza permanente-SUAP, RSA per anziani non autosufficienti (ora Unità di Cura per adulti non autosufficienti R3), RSA modulo demenze (fino al completamento del processo di adeguamento di cui ai DCA 97/2018 e 74/2019), Unità di cure residenziali per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze (R2D), Unità di cure residenziali estensive (R2), Centri Diurni per adulti/anziani non autosufficienti e Centri Diurni per demenze, RSA per disabili non autosufficienti (ora Unità di Cura per disabili non autosufficienti RD3) e Centri Diurni per disabili non autosufficienti, in quantità e valore economico suddivisi per l'esercizio 2026 e 2027 e per singola tipologia di prestazione;
f. precisare che i limiti prestazionali e di spesa per le ex case di cura neuropsichiatriche vengono calcolati sulla base dei posti letto accreditati come SIR, Centri Diurni Psichiatrici, Hospice e SUAP, mantenendo lo stesso tasso di occupazione dei PL previsto dal DCA 96/2018, applicando le tariffe stabilite dalla DGRC 526/2025 e dal DCA 11/2018 ai posti letto accreditati come SIR e Centri Diurni Psichiatrici, Hospice e SUAP;
g. approvare l'allegato C, che forma parte integrale e sostanziale del presente provvedimento, in cui sono esplicitati i volumi massimi di prestazioni e i correlati limiti di spesa assegnati a ciascuna ASL per l'acquisto dalle strutture ex Case di cura neuropsichiatriche, specificando che in sede di liquidazione dei corrispettivi, le ASL competenti dovranno verificare il rispetto della percentuale del 25% dei posti disponibili, così come disposto dal DCA 193/2016 – allegato A – paragrafo "livelli di intensità assistenziale" lettera a) nonché del criterio di un unico accesso per le prestazioni erogate dai centri diurni psichiatrici, sulla base dei requisiti organizzativi previsti alla tabella 5 allegata al DCA 5/2011;
h. stabilire, altresì, che le AA.SS.LL. per le ex Case di cura neuropsichiatriche come da riconversione da DCA 94/2014:
    h.1. devono fissare i volumi prestazionali massimi con correlati valori di spesa riconoscibili nell'esercizio 2026 e 2027, per singolo Centro erogatore entro i limiti prestazionali esposti nell'allegato C al presente provvedimento;
    h.2. devono stipulare per l'effetto, entro 15 giorni dalla notifica del presente atto, i relativi contratti ex art. 8 quinquies secondo lo schema di cui all'allegato D, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;
    h.3. devono adottare una delibera del Direttore Generale, nella quale daranno atto dei contratti stipulati ai sensi del presente provvedimento con le cd **ex Case di cura neuropsichiatriche** eroganti prestazioni residenziali e semiresidenziali in Hospice, Speciali Unità di Accoglienza permanente-SUAP, SIR e Centro Diurno Psichiatrico in quantità e valore economico suddivisi per l'esercizio 2026 e 2027 e per singola tipologia di prestazione;
i. stabilire che per le Comunità/Case alloggio, in considerazione del peculiare regime autorizzativo e nelle more del completamento del percorso di riordino dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale previsto dalla DGRC n. 471/2022, i valori di cui all'allegato B debbano costituire limiti alle prestazioni e alla spesa per collocamento dei pazienti presso le strutture risultanti autorizzate e attive dalla ricognizione condotta dagli uffici regionali;
j. confermare per le Comunità/Case alloggio quanto previsto dal DCA 53/2018 in merito al divieto di rilascio di nuove autorizzazioni;
k. precisare che i tetti prestazionali e i correlati volumi di spesa determinati con il presente atto debbano applicarsi per l'anno 2026, e per il successivo anno 2027, salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi provvedimenti;

l. precisare che, analogamente ai precedenti cicli di programmazione, al fine di assicurare la continuità assistenziale per tutto l'anno solare, il consumo del tetto annuale stabilito con il presente provvedimento è limitato massimo al 95% entro il 30 novembre per ciascun anno di riferimento, come anche indicato nello schema di contatto allegato al presente provvedimento (allegato D);
m. destinare alle AA.SS.LL, per l'esercizio 2027, una ulteriore quota aggiuntiva di prestazioni, calcolata secondo i criteri riportati al punto 3 dell'allegato A, da utilizzare esclusivamente per l'acquisto di prestazioni da strutture che, in attesa della conclusione dell'iter amministrativo relativo alla verifica tecnica della UOS "Organismo Tecnicamente Accreditante – OTA" finalizzata all'accreditamento istituzionale, verranno accreditate successivamente alla data d'adozione del presente provvedimento;
n. fare obbligo, altresì, ai Direttori Generali di assicurare la corretta e puntuale compilazione del File H, e garantire la coerenza dello stesso con quanto riportato nel Conto Economico trimestrale ed annuale della ASL. Gli stessi saranno ritenuti, pertanto, responsabili di ingiustificati scostamenti eventualmente rilevati;
o. fare obbligo alle Aziende Sanitarie a adempiere agli obblighi informativi ai fini della corretta implementazione dei flussi NSIS finalizzata al monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza, secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale, anche alimentando i flussi sociosanitari ricompresi nell'ecosistema digitale SINFONIA, secondo le indicazioni fornite dalla Regione;
p. stabilire per le strutture accreditate e contrattualizzate l'obbligo di adempiere ai debiti informativi secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale ( NSIS- FAR – SISM – STS - HOSPICE) dalla Regione o dall'Azienda, anche attraverso il puntuale, completo e corretto conferimento delle informazioni richieste attraverso i sistemi informativi individuati dalla Regione e dall'ASL, anche con riferimento alla alimentazione del File H e ai flussi sociosanitari ricompresi nell'ecosistema digitale SINFONIA secondo le indicazioni fornite dalla Regione e dalla ASL;
q. precisare che per le strutture sanitarie private accreditate che non sottoscrivono il contratto approvato dal presente atto, ovvero appongono riserve in ordine alla proposta contrattuale così come formulata dalla ASL competente – fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria e la necessità di garantire la continuità delle prestazioni assistenziali – sono da considerarsi prive di contratto, per cui decorsi inutilmente i termini di cui ai punti e.2 e h.2, fatte salve la remunerazione delle prestazioni relative ai percorsi riabilitativi già avviati, cesserà la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applicherà la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008);
r. precisare che i limiti di spesa assegnati ai sensi del presente atto hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente verificare, prima della stipula del contratto, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo prestazionale e di spesa prefissato dal presente atto;
s. stabilire che la premialità di cui all'art. 6 della legge regionale n. 18/2022 è riconosciuta, per gli esercizi 2026 e 2027, alle sole strutture che applicano il CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020, secondo i criteri e le modalità di cui al punto 2 dell'Allegato A, e che le relative risorse sono riportate negli Allegati B e C;
t. demandare alla Direzione Generale Tutela della salute e Coordinamento del SSR l'istituzione di un tavolo tecnico regionale con separato atto dirigenziale, composto da rappresentanti della Regione e dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative delle macroaree riabilitazione e sociosanitaria, quale sede di confronto tecnico e valutativo dell'andamento della produzione con il compito di formulare proposte e considerazioni in ordine all'organizzazione dei servizi e al loro assetto più efficiente, anche ai fini del contenimento della mobilità passiva e dello sviluppo di quella attiva, al fine di migliorare l'erogazione delle prestazioni/paziente;
u. prendere atto che i limiti di spesa fissati con il presente provvedimento trovano copertura nell'ambito delle risorse del Fondo Sanitario Regionale assegnate alle Aziende Sanitarie Locali per gli esercizi 2026 e 2027 e che dal presente provvedimento non derivano oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale;

VISTI

1. il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.;
2. la DGRC n. 666/2011;
3. La DGRC 526/2025;
4. Il DCA 97/2018;
5. Il DCA 74/2019;
6. Il DCA 83/2019;
7. Il DCA 45/2015;
8. la DGRC n. 531/2021;
9. la DGRC n. 544 del 24/10/2024 e s.m.i.;
10. il DCA n. 94/2012 e il DCA n. 76/2017;
11. il DCA n. 94/2014;
12. il DCA n. 193/2016;
13. il DCA n. 11/2018;
14. il DCA n. 53/2018;
15. il DCA n. 96/2018;
16. il DPCM 12 gennaio 2017;
17. la legge regionale 29 dicembre 2022, n. 18, art. 6;

Propone e la Giunta, in conformità, a voto unanime

**DELIBERA**

Per le motivazioni espresse in narrativa che qui si intendono integralmente riportate e confermate:

1. di stabilire per l'anno 2026, e in via provvisoria per l'anno 2027, i volumi massimi di prestazioni e i correlati valori di spesa per la macroarea Assistenza Sociosanitaria comprendente Salute Mentale, Hospice, Dipendenze patologiche, Speciali Unità di Accoglienza permanente-SUAP, RSA per anziani non autosufficienti (ora Unità di Cura per adulti non autosufficienti R3), RSA modulo demenze (fino al completamento del processo di adeguamento di cui ai DCA 97/2018 e 74/2019), Unità di cure residenziali per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze (R2D), Unità di cure residenziali estensive (R2), Centri Diurni per anziani/adulti non autosufficienti e Centri Diurni per demenze, RSA per disabili non autosufficienti (ora Unità di Cura per disabili non autosufficienti RD3) e Centri Diurni per disabili non autosufficienti, salvo successivi aggiornamenti;
2. di approvare, per l'effetto, l'allegato A "Relazione tecnica", che forma parte integrale e sostanziale del presente provvedimento, contenente i criteri per la programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa da assegnare alle AA.SS.LL. per la macroarea sociosanitaria per l'esercizio 2026, con validità anche per l'anno 2027 salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi atti;
3. di approvare l'allegato B, che forma parte integrale e sostanziale del presente provvedimento, in cui sono esplicitati i volumi massimi di prestazioni e i correlati limiti di spesa assegnati a ciascuna ASL per l'acquisto dalle strutture private accreditate (**escluse le ex Case di cura neuropsichiatriche**), per gli esercizi 2026 e 2027 ed i correlati volumi di spesa al netto della quota di compartecipazione a carico dei Comuni/Ambiti o degli utenti ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017 con la precisazione che essi non tengono conto della decorrenza effettiva degli accreditamenti di ciascuna struttura;
4. di approvare lo schema di contratto allegato al presente provvedimento (allegato D), a formarne parte integrale e sostanziale, che le ASL dovranno utilizzare per l'acquisto di prestazioni con le strutture private accreditate insistenti nei territori di competenza;
5. di stabilire che le AA.SS.LL. per le strutture sanitarie e sociosanitarie private (escluse le ex Case di cura neuropsichiatriche):
    5.1 devono fissare i volumi prestazionali massimi con correlati valori di spesa riconoscibili nell'esercizio 2026 e 2027, per singolo Centro erogatore accreditato entro i limiti prestazionali esposti nell'allegato B al presente provvedimento, con la specificazione che per il 2026 i limiti prestazionali e di spesa devono essere commisurati al periodo di effettivo accreditamento delle strutture accreditate nel corso del 2026;

5.2 devono stipulare per l'effetto, entro 15 giorni dalla notifica del presente atto, i relativi contratti ex art. 8 quinquies secondo lo schema di cui all'allegato D, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;

5.3 devono adottare una delibera del Direttore Generale, nella quale daranno atto dei contratti stipulati ai sensi del presente provvedimento con i centri privati eroganti prestazioni residenziali e semiresidenziali in Hospice, Dipendenze patologiche, Salute Mentale, Speciali Unità di Accoglienza permanente-SUAP, RSA per anziani non autosufficienti (ora Unità di Cura per adulti non autosufficienti R3), RSA modulo demenze (fino al completamento del processo di adeguamento di cui ai DCA 97/2018 e 74/2019), Unità di cure residenziali per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze (R2D), Unità di cure residenziali estensive (R2), Centri Diurni per adulti/anziani non autosufficienti e Centri Diurni per demenze, RSA per disabili non autosufficienti (ora Unità di Cura per disabili non autosufficienti RD3) e Centri Diurni per disabili non autosufficienti, in quantità e valore economico suddivisi per l'esercizio 2026 e 2027 e per singola tipologia di prestazione;

6. di precisare che i limiti prestazionali e di spesa per le ex case di cura neuropsichiatriche vengono calcolati sulla base dei posti letto accreditati come SIR, Centri Diurni Psichiatrici, Hospice e SUAP, mantenendo lo stesso tasso di occupazione dei PL previsto dal DCA 96/2018, applicando le tariffe stabilite dalla DGRC 526/2025 ai posti letto accreditati come SIR e Centri Diurni Psichiatrici, Hospice e SUAP;
7. di approvare l'allegato C, che forma parte integrale e sostanziale del presente provvedimento, in cui sono esplicitati i volumi massimi di prestazioni e i correlati limiti di spesa assegnati a ciascuna ASL per l'acquisto dalle strutture ex Case di cura neuropsichiatriche, specificando che in sede di liquidazione dei corrispettivi, le ASL competenti dovranno verificare il rispetto della percentuale del 25% dei posti disponibili, così come disposto dal DCA 193/2016 – allegato A – paragrafo "livelli di intensità assistenziale" lettera a) nonché del criterio di un unico accesso per le prestazioni erogate dai centri diurni psichiatrici, sulla base dei requisiti organizzativi previsti alla tabella 5 allegata al DCA 5/2011;
8. di stabilire, altresì, che le AA.SS.LL. per le ex Case di cura neuropsichiatriche come da riconversione da DCA 94/2014:
   8.1 devono fissare i volumi prestazionali massimi con correlati valori di spesa riconoscibili nell'esercizio 2026 e 2027, per singolo Centro erogatore entro i limiti prestazionali esposti nell'allegato C al presente provvedimento;

   8.2 devono stipulare per l'effetto, entro 15 giorni dalla notifica del presente atto, i relativi contratti ex art. 8 quinquies secondo lo schema di cui all'allegato D, da trasmettere tempestivamente, in formato elettronico, alla Direzione Generale Tutela della Salute;

   8.3 devono adottare una delibera del Direttore Generale, nella quale daranno atto dei contratti stipulati ai sensi del presente provvedimento con le cd **ex Case di cura neuropsichiatriche** eroganti prestazioni residenziali e semiresidenziali in Hospice, Speciali Unità di Accoglienza permanente-SUAP, SIR e Centro Diurno Psichiatrico in quantità e valore economico suddivisi per l'esercizio 2026 e 2027 e per singola tipologia di prestazione;

9. di stabilire che per le Comunità/Case alloggio, in considerazione del peculiare regime autorizzativo e nelle more del completamento del percorso di riordino dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale previsto dalla DGRC n. 471/2022, i valori di cui all'allegato B debbano costituire limiti alle prestazioni e alla spesa per collocamento dei pazienti presso le strutture risultanti autorizzate e attive dalla ricognizione condotta dagli uffici regionali;
10. di confermare per le Comunità/Case alloggio quanto previsto dal DCA 53/2018 in merito al divieto di rilascio di nuove autorizzazioni;

11. di precisare che i tetti prestazionali e i correlati volumi di spesa determinati con il presente atto debbano applicarsi per l'anno 2026, e per il successivo anno 2027, salvo aggiornamenti da adottarsi con appositi provvedimenti;
12. di precisare che, analogamente ai precedenti cicli di programmazione, al fine di assicurare la continuità assistenziale per tutto l'anno solare, il consumo del tetto annuale stabilito con il presente provvedimento è limitato massimo al 95% entro il 30 novembre per ciascun anno di riferimento, come anche indicato nello schema di contatto allegato al presente provvedimento (allegato D);
13. di destinare alle AA.SS.LL, per l'esercizio 2027, una ulteriore quota aggiuntiva di prestazioni, calcolata secondo i criteri riportati al punto 3 dell'allegato A, da utilizzare esclusivamente per l'acquisto di prestazioni da strutture che, in attesa della conclusione dell'iter amministrativo relativo alla verifica tecnica della UOS "Organismo Tecnicamente Accreditante – OTA" finalizzata all'accreditamento istituzionale, verranno accreditate successivamente alla data d'adozione del presente provvedimento;
14. di fare obbligo, altresì, ai Direttori Generali di assicurare la corretta e puntuale compilazione del File H, e garantire la coerenza dello stesso con quanto riportato nel Conto Economico trimestrale ed annuale della ASL. Gli stessi saranno ritenuti, pertanto, responsabili di ingiustificati scostamenti eventualmente rilevati;
15. di fare obbligo alle Aziende Sanitarie a adempiere agli obblighi informativi ai fini della corretta implementazione dei flussi NSIS finalizzata al monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza, secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale, anche alimentando i flussi sociosanitari ricompresi nell'ecosistema digitale SINFONIA, secondo le indicazioni fornite dalla Regione;
16. di stabilire per le strutture accreditate e contrattualizzate l'obbligo di adempiere ai debiti informativi secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale ( NSIS- FAR – SISM – STS - HOSPICE) dalla Regione o dall'Azienda, anche attraverso il puntuale, completo e corretto conferimento delle informazioni richieste attraverso i sistemi informativi individuati dalla Regione e dall'ASL, anche con riferimento alla alimentazione del File H e ai flussi sociosanitari ricompresi nell'ecosistema digitale SINFONIA secondo le indicazioni fornite dalla Regione e dalla ASL;
17. di precisare che per le strutture sanitarie private accreditate che non sottoscrivono il contratto approvato dal presente atto, ovvero appongono riserve in ordine alla proposta contrattuale così come formulata dalla ASL competente – fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria e la necessità di garantire la continuità delle prestazioni assistenziali– sono da considerarsi prive di contratto, per cui decorsi inutilmente i termini di cui ai punti 5.2 e 8.2, fatte salve la remunerazione delle prestazioni relative ai percorsi riabilitativi già avviati, cesserà la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applicherà la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008);
18. di precisare che i limiti di spesa assegnati ai sensi del presente atto hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente verificare, prima della stipula del contratto, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo prestazionale e di spesa prefissato dal presente atto;
19. di stabilire che la premialità di cui all'art. 6 della legge regionale n. 18/2022 è riconosciuta, per gli esercizi 2026 e 2027, alle sole strutture che applicano il CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020, secondo i criteri e le modalità di cui al punto 2 dell'Allegato A, e che le relative risorse sono riportate negli Allegati B e C;
20. di prendere atto che i limiti di spesa fissati con il presente provvedimento trovano copertura nell'ambito delle risorse del Fondo Sanitario Regionale assegnate alle Aziende Sanitarie Locali per gli esercizi 2026 e 2027 e che dal presente provvedimento non derivano oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale;
21. di demandare alla Direzione Generale Tutela della salute e Coordinamento del SSR l'istituzione di un tavolo tecnico regionale con separato atto dirigenziale, composto da rappresentanti della Regione e dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative delle macroaree riabilitazione e sociosanitaria, quale sede di confronto tecnico e valutativo dell'andamento della produzione con il compito di formulare proposte e considerazioni in ordine all'organizzazione dei

servizi e al loro assetto più efficiente, anche ai fini del contenimento della mobilità passiva e dello sviluppo di quella attiva, al fine di migliorare l'erogazione delle prestazioni/paziente;

22. di trasmettere il presente provvedimento al Gabinetto del Presidente, alla Direzione Generale Tutela della Salute e coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, anche per la notifica a So.re.sa, alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste a tutti i centri privati accreditati che erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie oggetto del presente provvedimento, nonché ai Comuni capofila degli Ambiti territoriali, alla Direzione Generale per le Politiche Sociali, Politiche Giovanili e Sport, e al BURC per la pubblicazione.

ALLEGATO A

# RELAZIONE TECNICA

Con il presente documento si esplicitano i criteri per la determinazione dei limiti prestazionali e volumi di spesa delle prestazioni sociosanitarie erogate sia in regime residenziale che semiresidenziale.
Tali criteri devono intendersi applicati sia in fase di determinazione della programmazione dei volumi prestazionali e di spesa da parte di ciascuna azienda sanitaria ma anche nella fase di gestione della presa in carico dei cittadini e di organizzazione dei servizi, con particolare riguardo alle procedure di valutazione multidimensionale, per l'accesso ai setting , la conferma e la modifica dei piani di assistenza, tenuto conto anche della natura delle prestazioni erogate e dell'appropriatezza.
Le ASL sono tenute con le strutture contrattualizzate, ciascuno secondo le proprie funzioni e ruoli, a adempiere agli obblighi derivanti dall'applicazione della procedura de qua, anche con riferimento agli adempimenti connessi al conferimento dei dati mediante flussi informativi regionali e ministeriali definiti.
Per gli istituti di analoga applicazione, si richiamano i chiarimenti già forniti nell'ambito dell'incontro con le Associazioni di Categoria tenutosi il 16.10.2025 e trasmessi con nota PR 565255/2025 con riferimento al precedente ciclo programmatorio.

## 1. CRITERI PER LA DEFINIZIONE DEI LIMITI PRESTAZIONALI E DI SPESA MACROAREA SOCIOSANITARIA

A) Criteri per determinare i volumi prestazionali e conseguenti i limiti di spesa per prestazioni erogate in favore di malati terminali in strutture denominate Hospice e per le prestazioni rese in strutture denominate Speciali Unità di Accoglienza Permanente-SUAP:

I limiti prestazionali sono calcolati sui posti letto accreditati tenendo conto di un tasso di occupazione del 100% su 365 giorni. Per le prestazioni erogate nelle strutture denominate Hospice e le prestazioni erogate nelle strutture denominate R1 - Speciali Unità di Accoglienza Permanente-SUAP la valorizzazione delle prestazioni è effettuata in base alle tariffe determinate con DGRC 526/2025;

B) Criteri per determinare i volumi prestazionali e conseguenti i limiti di spesa per prestazioni sociosanitarie in RSA/CD: RSA per anziani non autosufficienti (ora Unità di Cura per adulti non autosufficienti R3), RSA modulo demenze (fino al completamento del processo di adeguamento di cui ai DCA 97/2018 e 74/2019), Centri Diurni per adulti non autosufficienti e Centri Diurni per demenze, RSA per disabili non autosufficienti (ora Unità di Cura per disabili non autosufficienti RD3) e in Centri Diurni per disabili non autosufficienti:

I limiti prestazionali sono calcolati sulla base dei posti letto accreditati in regime semiresidenziale e residenziale stimando un tasso di occupazione rispettivamente dell'85% per il regime semiresidenziale e del 95% per il regime residenziale, e volumi di spesa, calcolati rispettivamente su 300 e 365 giorni annui. Per le strutture Unità di Cura per adulti non autosufficienti R3 e Unità di Cura per disabili non autosufficienti RD3 che hanno completato il processo di adeguamento di cui ai DCA 97/2018 e 74/2019, nonché per le strutture Centri Diurni per adulti non autosufficienti, Centri diurni per disabili non autosufficienti, Centri Diurni per demenze i volumi di spesa sono calcolati sulla base delle tariffe di cui alla DGRC 526/2025. Per le strutture RSA per anziani non autosufficienti, RSA per disabili non autosufficienti, RSA modulo demenze che NON hanno completato il processo di adeguamento di cui ai DCA 97/2018 e 74/2019 i volumi di spesa sono calcolati sulla base delle tariffe di cui alla DGRC 531/2021;

C) Criteri per determinare i volumi prestazionali e conseguenti i limiti di spesa delle Unità di cure residenziali per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze R2D ed RSA Unità di cure residenziali estensive R2:

I limiti prestazionali sono calcolati sulla base dei posti letto accreditati tenendo conto di un tasso di occupazione del 95% su 365 giorni annui ed i correlati volumi di spesa sulla base della tariffa di cui al DCA 74/2019 per le RSA Unità di cure residenziali estensive R2 e sulla base della tariffa determinata con DCA 97/2018 per le Unità di cure residenziali per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze R2D.

**In ogni caso si ribadisce che, come disposto dai DDCA 97/2018 e 74/2019:**

1. per le Unità di cure residenziali estensive R2 i costi del ricovero sono a totale carico del SSN per una durata non superiore a 60 giorni. Il ricorso alla lungodegenza in tale setting costituisce inappropriatezza clinica, pertanto è consentito il ricovero protratto solo per i giorni necessari al collocamento obbligatorio in altro setting, per un periodo non superiore ad ulteriori 15 giorni oltre i 60 giorni definiti quale limite. In caso di permanenza del paziente in Unità di Cura R2 oltre il limite di 60giorni+15 **viene riconosciuta una tariffa pari a quella per R3 medio carico assistenziale**. In ogni caso il ricovero in R2 non può protrarsi oltre i 90 giorni complessivi, al fine di rendere disponibili i posti letto per altri pazienti, al termine dei quali l'utente è collocato in altra unità di cura-RSA o in cure domiciliari (DCA 74/2019);
2. Per le Unità di cure residenziali R2D secondo quanto riportato al punto "4 DURATA/PERMANENZA DEL RICOVERO IN RSA" i costi dei trattamenti sono interamente a carico del sistema sanitario nazionale, per un periodo di norma non superiore ai 60 giorni, salvo diverse e motivate determinazioni scaturite in sede di rivalutazione multidimensionale e comunque secondo i tempi previsti dal pdta/percorso integrato per soggetti affetti da disturbi cognitivi e demenze. Tuttavia, a causa del perdurare delle condizioni sanitarie e socioambientali della necessità di assistenza, verificata in sede di valutazione multidimensionale, è prevista l'ospitalità fino ad un massimo di ulteriori 12 mesi, oltre i 60 giorni individuati quale durata di norma, solo se supportata e basata su evidenze cliniche, da condizioni cliniche misurate con gli strumenti di valutazione multidimensionale e le scale cliniche specifiche e se definita in sede di valutazione multidimensionale effettuata in raccordo con il CDCD. In questo caso il trattamento è remunerato con una tariffa ridotta del 20% rispetto alla tariffa piena. Entro i 12 mesi, si procede a Valutazione multidimensionale in U.V.I. e sempre in raccordo con il CDCD per la dimissione ad altro setting assistenziale (R3; cure domiciliari, ambulatorio, Centro diurno Alzheimer, altro). In caso di impossibilità alla dimissione dall'Unità di cure R2D, in sede di U.V.I. si procederà alla determinazione degli oneri a carico del Comune/Utente, che, trattandosi di lungodegenza, sono pari al 50% della tariffa prevista. Pertanto, sarà cura del Direttore della Struttura informare i familiari delle necessità di produrre all'atto della dimissione i documenti necessari alla definizione degli oneri (ISEE) utili in sede di U.V.I. Il ricorso alla lungodegenza in tale setting costituisce inappropriatezza clinica. E pertanto il ricovero protratto è ammesso esclusivamente se vi è l'impossibilità oggettiva all'invio ad altri setting. In ogni caso, è ammesso solo per il 10% dei 20 posti letto del modulo Unità di cure R2D, nell'impossibilità accertata ad inviare in altri setting assistenziali.

D) <u>Criteri per determinare i volumi prestazionali e conseguenti limiti di spesa Salute Mentale:</u>

Le prestazioni di salute mentale sono erogate in regime residenziale e in regime semiresidenziale. Le strutture psichiatriche sono classificate:

1. SIR 1 - Strutture Intermedie Residenziali psichiatriche terapeutico riabilitative a carattere intensivo in cui possono essere erogati programmi denominati SRP1/SRP2 valorizzati secondo le tariffe di cui alla DGRC 526/2025.
   Il DCA 193/2016 - allegato A paragrafo "*livelli di intensità assistenziale*" lettera a) - prevede per i "*Programmi ad elevata attività assistenziale e intensità riabilitativa: Solo nelle strutture SRP1 che derivano dalla riconversione delle case di cura neuropsichiatriche, è possibile realizzare nella misura massima del 25% dei posti letto disponibili di tipo intensivo dei PTRP per gestire eventuali fasi che richiedono: 1. un ulteriore periodo di stabilizzazione del quadro clinico alla dimissione da un ricovero ordinario presso un SPDC entro un periodo non superiore a 60 giorni dalla data di dimissione; 2. la necessità di valutazione della terapia farmacologica e la stabilizzazione della stessa (necessità di wash-out, modifica terapia, switch farmacologici che richiedono un'osservazione clinica diretta, etc.); 3. approfondimento diagnostico- terapeutico;*

*4. pianificazione/avvio/revisione del progetto terapeutico territoriale; 5. recupero di compenso psichico per riadattamento alle abituali condizioni di vita personali, sociali e lavorative (per quanto consentito dalla patologia psichiatrica di base)".*
Successivamente la sentenza del TAR Campania Sez. I n. 3323/2019, in merito a quanto soprariportato, ha accolto il ricorso n. 1980/2017 che ha esteso la possibilità di realizzare dei PTRP per gestire eventuali fasi come sopra meglio declinate, nella misura massima del 25% dei posti letto disponibili di tipo intensivo a tutte le strutture accreditate come SIR (struttura intermedia residenziale) e non esclusivamente alle *strutture SRP1 che derivano dalla riconversione delle case di cura neuropsichiatriche*;

2. SIR 2 - Strutture Intermedie Residenziali psichiatriche terapeutico riabilitative a carattere estensivo - in cui possono essere erogati programmi denominati SRP3 valorizzati secondo le tariffe di cui alla DGRC 526/2025;
3. Le Strutture Terapeutiche Intermedie ad intensità variabile per l'accoglienza di minori con disturbo psichiatrico: Strutture Intermedie Residenziali per Minori ad Intensità Variabile (S.I.R.M.I.V.) - Strutture Intermedie Semiresidenziali per Minori (S.I.Se.M.);

   I volumi prestazionali per i regimi semiresidenziale e residenziale delle prestazioni di salute mentale vengono calcolati sulla base dei posti letto accreditati, stimando un tasso di occupazione del 95% delle giornate di degenza, e volumi di spesa secondo le tariffe di cui alla DGRC 526/2025 per i programmi SRP1, SRP2 e SRP3, al DCA 11/2018 per i Centri Diurni psichiatrici e al DCA 45/2015 per le strutture SIRMIV e SISEM, su 365 giorni annui per il regime residenziale (tenendo conto di quanto stabilito dal DCA 193/2016 in merito ai programmi SRP1 e SRP2), e 300 giorni annui per il regime semiresidenziale;
4. Comunità/Case Alloggio per la salute mentale i volumi prestazionali sono calcolati sulla base dei posti letto attivi tenendo conto di un tasso di occupazione del 100% su 365 giorni. Le prestazioni così ottenute vengono distribuite alle AA.SS.LL. tenendo conto dei dati SISM anno 2025 nella misura del 50% e della popolazione residente al 2025 per l'altro 50%. I limiti di spesa, di cui al Regolamento 4 del 7/4/2014, sono valorizzati con la tariffa di cui alla DGRC 666/2011 al netto della quota di compartecipazione a carico dell'utente/comune/Ambito di residenza.

E) <u>Criteri per determinare i volumi prestazionali e conseguenti limiti di spesa - DIPENDENZE PATOLOGICHE</u>

Per le prestazioni in regime semiresidenziale e residenziale per cittadini con dipendenza patologica i limiti prestazionali sono calcolati sulla base dei posti letto accreditati, stimando un tasso di occupazione medio annuo rispettivamente dell'85% per il regime semiresidenziale e del 95% per il regime residenziale, e volumi di spesa, calcolati rispettivamente su 250 e 365 giorni annui. Le Tariffe per il calcolo dei conseguenti limiti di spesa per le prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale per cittadini con dipendenza patologica sono indicate nei DDCA n. 76/2017 e n. 94/2012;

Come da nota regionale PR 157379/2021, per le strutture residenziali dedicate all'assistenza dei cittadini con Doppia Diagnosi, il costo della retta è attribuito al 50% tra il Dipartimento Dipendenze e il Dipartimento Salute Mentale.

F) <u>Criteri per determinare i volumi prestazionali e conseguenti limiti di spesa - EX CASE DI CURA NEUROPSICHIATRICHE (Allegato C)</u>

I limiti prestazionali e di spesa per le ex Case di cura neuropsichiatriche riconvertite ai sensi del DCA 94/2014, riportati nell'Allegato C, sono calcolati sulla base dei posti letto accreditati come SIR, Centri Diurni Psichiatrici, Hospice e SUAP, mantenendo il tasso di occupazione dei posti letto previsto dal DCA 96/2018 e applicando le tariffe di cui alla DGRC 526/2025 e il DCA 11/2018. Le prestazioni erogabili nelle SIR 1 sono ripartite tra programmi SRP1 e SRP2, fermo restando il limite massimo del 25% dei posti letto disponibili per i programmi ad elevata attività assistenziale e intensità riabilitativa di cui al DCA 193/2016. In sede di liquidazione dei corrispettivi le AA.SS.LL. verificano il rispetto di tale percentuale, nonché del criterio di un unico

accesso per le prestazioni erogate dai Centri Diurni psichiatrici, sulla base dei requisiti organizzativi previsti alla tabella 5 allegata al DCA 5/2011.

## 2. NUOVE DISPOSIZIONI NORMATIVE - LEGGE REGIONALE N. 18/2022 ART. 6

La legge regionale n. 18 del 29/12/2022 recante "Disposizioni per il contrasto al dumping contrattuale nel Servizio Sanitario Regionale", all'art. 6 introduce disposizioni finalizzate a contrastare fenomeni di "dumping contrattuale" e garantire la stabilità dell'occupazione, introducendo un criterio premiale nell'assegnazione delle risorse economiche alle strutture sanitarie accreditate con il Servizio sanitario regionale nella macroarea della riabilitazione e socio-sanitaria che applicano il Contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) per le lavoratrici e i lavoratori del comparto della sanità privata, con i trattamenti giuridici ed economici più vantaggiosi a tutela dei lavoratori. Il Gruppo di Lavoro Tecnico regionale ha elaborato una griglia contenente, per ogni CCNL, l'attribuzione ai vari istituti contrattuali (con riferimento alle indicazioni dell'ANAC), della relativa pesatura e annesso criterio di valutazione, da cui risulta maggiormente favorevole per la tutela dei lavoratori l'applicazione del "**CCNL AIOP" siglato l'8 ottobre 2020**.
Pertanto, al fine di dare piena attuazione alle disposizioni di cui alla L.R. 18/2022 art. 6 si illustrano i criteri di assegnazione della citata premialità per l'assegnazione dei limiti prestazionali e di spesa per gli anni 2026/2027:
**La premialità è concessa annualmente alle sole strutture che applicano il CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020 per il personale dipendente globalmente destinato all'assistenza diretta valorizzata secondo le seguenti disposizioni:**

a) Maggiorazione del +2% del tasso di occupazione dei posti letto accreditati per prestazioni residenziali e semiresidenziali rispetto al 95% e 85% previsto rispettivamente per il residenziale e semiresidenziale di cui al punto 1 della presente Relazione Tecnica;
b) le strutture hanno la facoltà di utilizzare le risorse assegnate per la premialità per erogare prestazioni all'interno della macroarea sociosanitaria (residenziale e/o semiresidenziale);
c) le risorse assegnate per la premialità di cui al presente paragrafo sono riportate nell'Allegato B e nell'Allegato C nella colonna "Premialità L.R. 18/2022 art. 6";
d) In sede di stipula dei contratti le strutture che hanno diritto alla premialità, secondo le disposizioni di cui al presente documento, dovranno produrre un atto notorio di autocertificazione attestante l'applicazione per il personale dipendente globalmente destinato all'assistenza diretta del CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020 che sarà allegato al contratto stipulato;
e) Le strutture si impegnano, altresì, ad applicare il CCNL AIOP per il personale come identificato al punto precedente sia per l'anno 2026 che per l'anno 2027 pena la decadenza del beneficio;
f) Restano a disposizione delle AA.SS.LL., come fondo di riserva per far fronte a casi urgenti ed indifferibili o per eventuali nuovi accreditamenti, esclusivamente da strutture che applicano, nei confronti del personale dipendente il CCNL AIOP, le risorse assegnate per la premialità che dovessero risultare **eccedenti** rispetto alle strutture che oggi applicano il contratto AIOP Sanità siglato l'8 ottobre 2020;
g) Nel caso in cui le risorse assegnate per la premialità, così come riportate nell'allegato B e allegato C, dovessero risultare **insufficienti** rispetto alla platea premiabile, le AA.SS.LL dovranno comunicare tempestivamente, e comunque non oltre 30 giorni dalla pubblicazione del provvedimento di definizione dei volumi massimi prestazionali e di spesa della macroarea sociosanitaria, via PEC alla Direzione Generale per la Tutela della Salute la Ragione Sociale di tutte le strutture che al 31/12/2025 applicano il CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020 (sedi operative e setting specifico per il quale hanno diritto alla premialità) e non già comunicate agli uffici regionali al fine di predisporre il successivo provvedimento di modifica ed integrazione della premialità;
h) L'atto notorio di autocertificazione del CCNL adottato, dovrà essere prodotto all'inizio di ogni annualità e allegato al contratto annualmente stipulato;
i) L'ASL verificherà ogni anno - a consuntivo – la veridicità dell'autocertificazione prodotta dalla struttura attraverso i cedolini paga e le relative denunce contributive (flussi UniEmens) di almeno il 5% del personale con un minimo di 5 unità.

## 3. PROGRAMMAZIONE DELLE STRUTTURE ACCREDITATE SUCCESSIVAMENTE ALLA DATA D'ADOZIONE DEL PROVVEDIMENTO DI DEFINIZIONE DEI LIMITI PRESTAZIONALI E DI

**SPESA**

Al fine di favorire la rapida attivazione e la relativa copertura economica delle strutture accreditate successivamente agli atti regionali di definizione dei limiti prestazionali e di spesa, si dispone, per l'esercizio 2027, l'assegnazione alle AASSLL di una ulteriore quota aggiuntiva di prestazioni, con i correlati volumi di spesa da utilizzare esclusivamente per l'acquisto di prestazioni da strutture che, in attesa della conclusione dell'iter amministrativo relativo alla verifica tecnica della UOS "Organismo Tecnicamente Accreditante – OTA", verranno accreditate successivamente alla data d'adozione del provvedimento di definizione dei volumi massimi prestazionali e di spesa della macroarea sociosanitaria.

Tale quota di prestazioni e i relativi limiti di spesa sono riportati nell'allegato B alla colonna "Prestazioni da strutture accreditate successivamente alla data d'adozione dei tetti".

I criteri per la determinazione del volume massimo di prestazioni acquistabili e i relativi limiti di spesa nei confronti di tali strutture sono i medesimi illustrati al punto 1 della presente Relazione Tecnica, parametrate su un periodo di 6 mesi. Le AA.SS.LL. terranno conto altresì di tali criteri nel contrattualizzare l'acquisto delle prestazioni dalle strutture interessate, tenendo conto della decorrenza effettiva dell'accreditamento di ciascuna struttura.

Eventuali economie derivanti da un sottoutilizzo di tali risorse non potranno in nessun caso essere utilizzate per l'acquisto di prestazioni da strutture già accreditate alla data d'adozione del presente provvedimento.

Qualora tali risorse non si rivelassero sufficienti per la copertura della platea delle strutture di nuovo accreditamento, i competenti Uffici Regionali si riserveranno, all'esito dell'istruttoria di competenza, di adottare i necessari provvedimenti integrativi.

# Allegato B

| | STRUTTURE SANITARIE E SOCIOSANITARIE - LIMITI PRESTAZIONALI E DI SPESA ANNO 2026 - 2027 | | | | | | | | | | | | Premialità ex art. 6 L.R. n. 18 del 29.12.2022 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Volumi massimi annui di prestazioni acquistabili dai centri operanti in ciascuna ASL per i seguenti regimi assistenziali | | | | | | Corrispondenti volumi annui di spesa al netto della compartecipazione RSA/CD anziani e disabili | | | | | | N. prestazioni | | Valorizzazione in migliaia di euro | |
| ASL | RSA/CD adulti/disabili/R2D/R2 | Hospice/SUAP | Salute mentale | Dipend.Pat.res/semires/HIV_AIDS | TOT | Comunità Alloggio | RSA/CD adulti/disabili/R2D/R2 | Hospice/SUAP | Salute mentale | Dipend.Pat.res/semires/HIV_AIDS | TOT | Comunità Alloggio | RSA/CD adulti/disabili | Salute mentale | RSA/CD adulti/disabili | Salute mentale |
| AV | 160.304 | 3.650 | 3.468 | 26.912 | 194.333 | 28.210 | 12.421 | 764 | 626 | 1.783 | 15.593 | 1.001 | 299 | | 18 | |
| BN | 114.360 | 0 | 6.935 | 9.709 | 131.004 | 15.909 | 7.944 | 0 | 1.251 | 560 | 9.756 | 564 | | | | |
| CE | 274.453 | 24.820 | 47.709 | 56.654 | 403.636 | 45.212 | 19.369 | 6.098 | 7.390 | 4.049 | 36.906 | 1.604 | 1254 | | 66 | |
| NA1 | 65.088 | 0 | 0 | 3.420 | 68.508 | 51.001 | 4.714 | 0 | 0 | 312 | 5.026 | 1.809 | | | | |
| NA2 | 236.933 | 10.950 | 62.505 | 28.153 | 338.541 | 70.760 | 17.695 | 2.291 | 8.990 | 2.350 | 31.325 | 2.510 | 1390 | 280 | 81 | 40 |
| NA3 | 385.307 | 34.310 | 13.728 | 24.619 | 457.964 | 76.624 | 29.165 | 8.213 | 1.320 | 1.943 | 40.641 | 2.718 | 3520 | | 210 | |
| SA | 469.241 | 1.643 | 3.468 | 45.771 | 520.123 | 68.890 | 33.472 | 344 | 602 | 3.098 | 37.516 | 2.444 | 1950 | | 171 | |
| | 1.705.685 | 75.373 | 137.812 | 195.237 | 2.114.108 | 356.605 | 124.780 | 17.709 | 20.178 | 14.095 | 176.762 | 12.649 | 8.413 | 280 | 546 | 40 |

| Prestazioni da strutture accreditate successivamente alla data di adozione dei tetti - solo per il 2027 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | N. prestazioni | | | Valorizzazione in migliaia di euro | | |
| ASL | RSA/CD adulti/disabili/R2D/R2 | Hospice/SUAP | Salute mentale | RSA/CD adulti/disabili/R2D/R2 | Hospice/SUAP | Salute mentale |
| AV | | | | | | |
| BN | | | | | | |
| CE | 3190 | | | 191 | | |
| NA1 | 3470 | | | 219 | | |
| NA2 | 15500 | | | 1207 | | |
| NA3 | 3440 | | | 124 | | |
| SA | 4715 | 2190 | | 201 | 458 | |
| | 30.315 | 2.190 | 0 | 1.942 | 458 | 0 |

# Allegato C

| | Case di Cura ex neuropsichiatriche da riconversione DCA 94/2014 - LIMITI PRESTAZIONALI E DI SPESA ANNO 2026 - 2027 | | | | | | | | | | | | | Premialità ex art. 6 L.R. n. 18 del 29.12.2022 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Limiti prestazionali | | | | | | Corrispondenti volumi di spesa in migliaia di euro | | | | | | | N. prestazioni | Valorizzazione in migliaia di euro |
| ASL | N. prestazioni SRP1 | N. prestazioni SRP2 | N. prestazioni SRP3 | N. prest. CD | N. prestazioni SUAP | N. prestazioni HOSPICE | Valorizz SRP1 | Valorizz SRP2 | Valorizz SRP3 | Valorizz CD PSIC | Valorizz SUAP | Valorizz HOSPICE | Tot in mgl/euro | SIR/CD PSICHIATRICO | SIR/CD PSICHIATRICO |
| AV | 4.421 | 13.263 | 17.684 | 0 | 0 | 0 | 913 | 2.468 | 3.000 | 0 | 0 | 0 | 6.381 | 745 | 131 |
| BN | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 |
| CE | 2.601 | 7.802 | 10.403 | 0 | 0 | 0 | 537 | 1.452 | 1.765 | 0 | 0 | 0 | 3.753 | 438 | 77 |
| NA1 | 5.375 | 16.124 | 21.499 | 3.420 | 4.380 | 5.110 | 1.110 | 3.000 | 3.647 | 386 | 916 | 1.431 | 10.490 | 977 | 168 |
| NA2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 |
| NA3 | 1.604 | 4.811 | 6.415 | 0 | 0 | 0 | 331 | 895 | 1.088 | 0 | 0 | 0 | 2.315 | 270 | 47 |
| SA | 7.455 | 22.365 | 29.821 | 0 | 0 | 0 | 1.540 | 4.162 | 5.058 | 0 | 0 | 0 | 10.760 | 1256 | 223 |
| **Tot.** | **21.455** | **64.365** | **85.821** | **3.420** | **4.380** | **5.110** | **4.432** | **11.976** | **14.558** | **386** | **916** | **1.431** | **33.699** | **3686** | **646** |

**ALLEGATO D**

**Schema di contratto ai sensi dell'art. 8- quinquies, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e smi – Macroarea sociosanitaria**

Contratto tra la struttura:

Partita IVA:_____Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA): _____
con sede legale in_____(Prov:_____; CAP:_____)
Via_____n°_____per la sede operativa sita in _____alla Via_____n._____,
autorizzata all'esercizio ai sensi della DGRC n. 3958/2001 e smi con provvedimento n._____
del_____del Comune di_____, accreditata con il SSR con decreto n._____del _____per erogare prestazioni afferenti la macroarea sociosanitaria quali Hospice, R1/SUAP, Salute Mentale (SIR/Centro Diurno Psichiatrico/SIRMIV e SISEM), Dipendenze patologiche, RSA per adulti non autosufficienti (ora Unità di Cura per adulti non autosufficienti R3), RSA modulo demenze (fino al completamento del processo di adeguamento di cui ai DCA 97/2018 e 74/2019), Unità di cure residenziali perpersone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze (R2D), RSA Unità di cure residenziali estensive R2, Centri Diurni per adulti non autosufficienti e Centri Diurni per demenze, RSA per disabili non autosufficienti (ora Unità di Cura per disabili non autosufficienti RD3) e Centri Diurni per disabili non autosufficienti, legalmente rappresentato/a dal/la sottoscritto/a_____,
C.F._____come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL che redige il presente atto;
il / la quale, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 T.U. 445/2000, dichiara:

- di intervenire al presente atto in qualità di rappresentante legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione ed i poteri di rappresentanza, a data recente – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
- che non si trova in stato di fallimento e/o di liquidazione coatta, salvi i casi in cui sia in corso un procedimento giudiziario per il risanamento e la prosecuzione dell'attività d'impresa;
- che non è pendente nei suoi confronti o della compagine sociale procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui al Libro I, Titolo I, Capo II del D.Lgs. 159/2011; e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati all'art. 94, comma 3, del D.Lgs. 36/2023 ;
- che non è stata applicata una sanzione interdittiva di cui all'articolo 9, comma 2, lettera c), del D. Lgs. n. 231/2001 e s.m.i. o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione e di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro;
- di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e infortunistici, come attestato dalla Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC prot. n. del_/_/202_.
- che non sussistono le cause ostative previste dal D.lgs. 159/2011 e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati all'art. 94, comma 3, del D.Lgs. 36/2023 e ss.mm.ii. (N.B. la ASL per il tramite degli uffici competenti dovrà procedere nei termini di legge alle verifiche mediante procedura B.D.N.A. di cui all'art.67 del D.lgs 159/2011 ( Comunicazione antimafia) e di cui agli artt. 91 e ss del D.lgs. del 159/2011 (Informazione antimafia);

**E**

L'Azienda Sanitaria Locale_____ con sede in _____Partita

**ALLEGATO D**

**Schema di contratto ai sensi dell'art. 8- quinquies, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e smi – Macroarea sociosanitaria**

IVA:_____rappresentata dal Direttore Generale_____, nato a _____il_____, munito dei necessari poteri come da DPGRC di nomina n._____del____/_____/_____

**PER**

regolare i volumi di prestazioni e economici, e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale per la Salute Mentale, le Dipendenze patologiche, Hospice, R1/SUAP, RSA per adulti non autosufficienti (ora Unità di Cura per adulti non autosufficienti R3), RSA modulo demenze (fino al completamento del processo di adeguamento di cui ai DCA97/2018 e 74/2019), Unità di cure residenziali per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze (R2D), RSA Unità di cure residenziali estensive R2, Centri Diurni per adulti non autosufficienti e Centri Diurniper demenze, RSA per disabili non autosufficienti (ora Unità di Cura per disabili non autosufficienti RD3) e Centri Diurni per disabili non autosufficienti, da erogarsi nel periodo 1° gennaio 202_- 31 dicembre 202_, contratto redatto in conformità alla delibera di Giunta Regionale n._del_/_/_.

**PREMESSO**

- che con delibera di Giunta Regionale n._____del__/__/_____la Regione Campania ha fissato il fabbisognodi prestazioni della macroarea sociosanitaria per l'anno 202_, che rappresenta pertanto la quantità di prestazioni che il SSR può erogare, ferma restando la compatibilità con la disponibilità di risorse finanziarie econ gli equilibri finanziari, e ha adottato anche i relativi schemi contrattuali, cui si uniforma il presente contratto;

**Si conviene quanto segue**:

**Art. 1**

La premessa è patto e forma parte integrante del presente contratto.

**Art. 2**

**(Oggetto e durata)**

Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale per la Salute Mentale,le Dipendenze patologiche, Hospice, R1/SUAP, RSA per adulti non autosufficienti (ora Unità di Cura per adulti non autosufficienti R3), RSA modulo demenze (fino al completamento del processo di adeguamento di cui aiDCA 97/2018 e 74/2019), Unità di cure residenziali per persone adulte affette da Disturbi Cognitivie Demenze(R2D), RSA Unità di cure residenziali estensive R2, Centri Diurni per adulti non autosufficienti e Centri Diurniper demenze, RSA per disabili non autosufficienti (ora Unità di Cura per disabili non autosufficienti RD3) e Centri Diurni per disabili non autosufficienti, che la ASL_____acquista dalla sottoscritta struttura erogatrice, da erogarsi nel periodo 1° gennaio 202_- 31 dicembre 202_, da parte della sottoscritta strutturaprivata, ed i correlati limiti di spesa. Pertanto, la disciplina recata dal presente contratto fissa limiti massimi entro i quali possono rientrare dette prestazioni da erogarsi nel corso dell'anno 202_.

**Art. 3**

**(Quantità delle prestazioni)**

1. Il volume massimo di prestazioni che l'ASL, entro il limite massimo ad essa attribuito, prevede di dover acquistare nel periodo 1 gennaio 202__– 31 dicembre 202__dalla sottoscritta struttura erogatrice, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 202_, è determinato in:

**In regime residenziale (***contratti separati per RSA, SUAP, Hospice, Salute Mentale e Comunità per cittadinicon dipendenze patologiche)*

Prestazioni sociosanitarie per adulti e disabili non autosufficienti:

- □ in RSA disabili non autosufficienti (non adeguata ai sensi dei DCA 97/2018 e 74/2019) n._____
- □ Unità di Cura per disabili non autosufficienti RD3 n._____
- □ in RSA adulti non autosufficienti (non adeguata ai sensi dei DCA 97/2018 e 74/2019) n._____
- □ Unità di Cura per adulti non autosufficienti R3 n._____
- □ in RSA adulti non autosufficienti modulo demenze n._____
- □ in RSA Unità di cure residenziale R2D n._____

- □ in Unità di cure residenziale estensiva R2 n._____
- □ in Hospice n._____
- □ in SUAP n._____

Prestazioni di Salute Mentale:

- □ SIR 1 come SRP1 n._____
- □ SIR 1 come SRP2 n._____
- □ SIR 2 (SRP3) n._____
- □ SIRMIV n._____

Prestazioni di soggetti affetti da dipendenze patologiche:

- □ Pedagogico riabilitative residenziali n._____
- □ Terapeutico riabilitative residenziali n._____
- □ in Servizio Specialistico per Soggetti adulti in Doppia Diagnosi n._____

**Prestazioni in regime semiresidenziale (***contratti separati per Centri Diurni RSA, Salute Mentale e Comunitàper cittadini in stato di tossicodipendenza)*

- □ in Centro Diurno per disabili non autosufficienti n._____
- □ in Centro diurno per adulti non autosufficienti n._____
- □ In Centro diurno per demenze n._____
- □ in Centro Diurno psichiatrico n._____
- □ in SISEM n._____
- □ in Centro Diurno terapeutico riabilitativo per soggetti tossicodipendenti n._____

**Art. 4**
**(Rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)**

1. Le prestazioni di cui al precedente art. 3 sono valorizzate e vengono remunerate applicando le seguenti tariffe:
   a) Per le prestazioni rese nelle strutture Unità di Cura per adulti non autosufficienti R3 e Unità di Cura per disabili non autosufficienti RD3 che hanno completato il processo di adeguamento di cui ai DCA 97/2018 e 74/2019, nonché per le strutture Centri Diurni per adulti non autosufficienti, Centri diurni per disabili non autosufficienti, Centri Diurni per demenze si applicano le tariffe di cui alla DGRC 526/2025;
   b) Per le prestazioni rese nelle strutture RSA per anziani non autosufficienti, RSA per disabili non autosufficienti, RSA modulo demenze che NON hanno completato il processo di adeguamento di cui ai DCA 97/2018 e 74/2019 si applicano le tariffe di cui alla DGRC 531/2021;
   c) Per le prestazioni rese nelle strutture Unità di cure residenziali estensive R2 si applica la tariffa di cui al DCA 74/2019; per le prestazioni rese nelle strutture Unità di cure residenziali per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze R2D si applica la tariffa determinata con DCA 97/2018
   d) Per le prestazioni sanitarie e sociosanitarie rese nelle strutture SIRMIV e SISEMsi applicano le tariffe di cui al DCA 45/2015;
   e) Per le prestazioni rese dalle strutture residenziali di salute mentale SRP1, SRP2, SRP3 si applicano le tariffe di cui alla DGRC 526/2025; per le prestazioni semiresidenziali erogate dalle strutture Centro Diurno psichiatrico, si applicano le tariffe di cui al DCA 11/2018;
   f) Per le prestazioni erogate in favore di malati terminali in strutture denominate Hospice, nonché per le prestazioni rese in strutture denominate R1/SUAP, si applicano le tariffe approvate con la DGRC 526/2025;
   g) Per le prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale per cittadini con dipendenza patologica le tariffe approvate con DCA 76/2017 e 94/2012;

2. Il limite di spesa e, quindi, il fatturato a carico della ASL, per il periodo 1° gennaio 202_ – 31 dicembre 202_, corrispondente al volume di prestazioni determinato al precedente art. 3, è fissato come segue: (specificare l'importo per ciascun anno, se diverso):
   a) Per le prestazioni in_____(riportare la tipologia esatta) in regime residenziale Euro_____(al netto della quota di compartecipazione a carico dell'Utente/Comune/Ambito territoriale di cui è unico debitore l'utente o il Comune di residenza)
   b) Per le prestazioni in_____(riportare la tipologia esatta) in regime semiresidenziale Euro_____(al netto della quota di compartecipazione a carico dell'Utente/Comune/Ambito territoriale di cui è unico debitore l'utente o il Comune di residenza)
3. Nell'ambito dei limiti di spesa stabiliti nel comma precedente l'ASL e la sottoscritta struttura privata potranno rimodulare in corso d'anno i suddetti limiti di spesa, entro i limiti prestazionali aziendali in caso di disponibilità di prestazioni non erogate complessivamente dai centri erogatori ricadenti nell'ASL medesima. Nell'ambito dei limiti di spesa programmati, al fine di assicurare continuità per tutto l'anno solare delle prestazioni erogate, il consumo massimo del tetto annuale è fissato al 95% al 30 novembre 202_; pertanto, nulla spetterà alla sottoscritta struttura, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per le prestazioni sanitarie e sociosanitarie rese oltre il suddetto consumo massimo.
4. La sottoscritta struttura potrà recuperare nel mese successivo l'eventuale volume di prestazioni non richiesto dagli aventi diritto, rispetto alla percentuale massima fissata al comma precedente: si precisa, comunque, che nulla spetterà né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o risarcimento, per il casoin cui detto volume non sia stato recuperato entro il termine di durata del presente contratto.

**Art. 5**

**(Criteri di remunerazione delle prestazioni)**

1. La remunerazione delle prestazioni avverrà sulla base delle vigenti tariffe regionali fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento dei limiti di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificati dalla Regione. Per le prestazioni cui si applica la tariffa per RSA/Unità di cura Residenziale o Centro Diurno socio sanitari, ai sensi della normativa vigente, la sottoscritta struttura privata ha l'obbligo di fatturare alla ASL esclusivamente la quota delle tariffe dovuta per la componente sanitaria, e all'utente/Comune la quota delle tariffe per la componente sociale, secondo le percentuali determinate ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017. Per le strutture interessate dalle riconversioni parziali o totali in strutture socio sanitarie al momento della riconversione la residua quota di dodicesimi del tetto di spesa annuo sarà riservata alle prestazioni riconvertite.
2. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502,e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, salvo espresso e diverso provvedimento regionale, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile un superamento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
3. Le prestazioni eccedenti i limiti di spesa fissati al precedente art. 4 non potranno in alcun caso essere remunerate se eccedenti anche a seguito della rimodulazione di cui al precedente art. 4, comma 3.
4. In sede di liquidazione dei corrispettivi relativi alle prestazioni di Salute Mentale – S.I.R., le ASL competenti dovranno verificare il rispetto della percentuale del 25% dei posti disponibili, così come disposto dal DCA 193/2016 – allegato A – paragrafo "livelli di intensità assistenziale" lettera a) nonché del criterio di un unico accesso per le prestazioni erogate dai centri diurni psichiatrici, sulla base dei requisiti organizzativi previsti alla tabella 5 allegata al DCA 5/2011; nei limiti della Capacità Massima Operativa, è consentito, a consuntivo d'anno e ad invariabilità del volume massimo di prestazioni e del relativo limite di spesa, il ricorso ai limiti prestazionali del setting SRP2 per erogare prestazioni di cui al setting SRP1 per trattamenti disposti con provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria. Per quanto riguarda, poi, la possibilità di compensazione fra il budget dell'assistenza ospedaliera e quello dell'assistenza territoriale prevista per il biennio 2018-2019 dal DCA n. 96/2018 e, limitatamente all'esercizio 2020, dalle DGRC n. 621/2020 e n. 93/2021, si conferma che dall'esercizio 2021 in poi tale possibilità non è più consentita;

**Art. 6**

**Schema di contratto ai sensi dell'art. 8- quinquies, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e smi – Macroarea sociosanitaria**

**(Modalità di accesso ed erogazione delle prestazioni)**

1. L'erogazione delle prestazioni è subordinata alla redazione e aggiornamento periodico del progetto assistenziale individualizzato (PAI) redatto dall'UVI, nel caso di prestazioni sociosanitarie compartecipate, o da altro organismo di valutazione multidimensionale specificamente individuato dalla ASL per le altre tipologie di prestazioni oggetto del presente contratto.
2. Per procedere all'erogazione delle prestazioni la struttura erogatrice è tenuta a verificare preliminarmente la completezza e regolarità del progetto assistenziale e dell'autorizzazione, segnalando tempestivamente alla ASL eventuali irregolarità o anomalie. La mancata segnalazione alla ASL comporta la non remunerazione della prestazione.

**Art. 7**

**(Obblighi della struttura erogatrice)**

1. La struttura erogatrice sottoscritta, accreditata con il SSR, concorre al raggiungimento e rispetto di obiettivi di sanità pubblica, favorendo le condizioni di maggiore appropriatezza erogativa.
2. Pertanto essa si impegna a svolgere le attività e a erogare le prestazioni nel rispetto delle indicazioni e degli obiettivi indicati nel PAI, relazionando o riferendo al competente servizio aziendale che ha in caricoil paziente circa l'andamento del progetto, anche proponendo aggiornamenti o revisioni. La struttura, con riferimento alle prestazioni di cui al precedente art. 3, mantiene registri cronologici con numeri d'ordine progressivi distinti per i soggetti in età evolutiva e per gli altri pazienti.
3. La sottoscritta struttura è impegnata ad entrare nel circuito della rete informatica denominata "SINFONIA" (Sistema INFOrmativo saNità CampanIA di cui al DCA n. 34 del 29.03.2019 e s.m.i.) e adempiere con diligenza e costanza ai propri debiti informativi secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale (NSIS-FAR – SISM – STS-SIAR-SIND) dalla Regione o dall'Azienda, anche attraverso il puntuale, completo e corretto conferimento delle informazioni richieste attraverso i sistemi informatici individuati dalla Regione e dall'ASL, anche con riferimento all'alimentazione del File H e la piattaforma SIGARS secondo le indicazioni fornite dalla Regione e dalla ASL;
4. La struttura erogatrice è responsabile della completezza e qualità dei dati trasmessi. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'erogatore, con particolare riferimento agli obblighi di alimentazione dei dati sui sistemi informatici individuati, qualora non tempestivamente rimosso, costituisce giustificato motivo di sospensione del rapporto di accreditamento. In tal caso la sottoscritta ASL proporrà alla Regione con una delibera motivata la sospensione dell'accreditamento sino al permanere dell'inadempimento, fatta salva la possibilità che si giunga alla revoca dell'accreditamento da parte degli organi competenti per grave inadempimento. La valutazione in ordine all'adempiuto obbligo sarà effettuata dall'ASL e dalla SO.RE.SA. S.p.a. tenuto conto dei dati conferiti con il FILE H, i flussi informativi dedicati, il modello STS, con un valore di accettazione di variabilità pari al 10% (utenti-giornate di degenza-prestazioni file H/utenti-ammissioni-giornate di degenza flussi NSIS), con particolare riguardo al conferimento dei dati utili alla misurazione dell'indicatore lea quali l'indicatore denominato D33Z (presa in carico residenziale di utenti ultrasettantacinquenni nei setting R1-R2-R3) ;
5. La struttura erogatrice si obbliga a collaborare con i programmi regionali e aziendali di verifica dell'appropriatezza, congruità e legittimità delle prestazioni, predisponendo e mantenendo condizioni organizzative necessarie e utili al corretto e regolare svolgimento dell'attività di controllo.
6. La struttura erogatrice che beneficia della premialità di cui all'art. 6 della legge regionale n. 18/2022 allega al presente contratto l'atto notorio di autocertificazione attestante l'applicazione, per il personale dipendente globalmente destinato all'assistenza diretta, del CCNL AIOP siglato l'8 ottobre 2020, e si impegna ad applicarlo per l'intero periodo di vigenza del contratto, pena la decadenza dal beneficio, accettando le verifiche a consuntivo della ASL previste dal punto 2 dell'Allegato A alla delibera di Giunta Regionale sopra citata.

**Art. 8 (Tavolo Tecnico)**

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico composto esclusivamente da n. ..... membri di cui n. ..... designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. membri nominati dalla ASL. Il Tavolo viene convocato ogni due mesi.
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari (legali rappresentanti) di strutture erogatrici accreditate ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
   a) monitoraggio congiunto dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti prestazionali di cui all'art. 3 e di spesa definiti dall'art

4;

b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.

4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che motivatamente procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria, dandone comunicazione alla Direzione Generale per la Tutela della Salute.
5. Per le finalità di cui ai commi precedenti la sottoscritta struttura privata si impegna a fornire alla ASL tuttii dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento delle fatture relative agli acconti di cui al successivo articolo 9;

**Art. 9**

**(Modalità di pagamento delle prestazioni)**

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la sottoscritta struttura privata fatturerà alla Asl un acconto pari al 95% della produzione mensile, oltre Iva se dovuta.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti mensili acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono.
3. Il saldo mensile, pari al 5%, oltre Iva se dovuta, sarà fatturato nel modo seguente:
   - entro il 31 maggio per le fatture del primo trimestre (gennaio-febbraio-marzo)
   - entro il 31 agosto per le fatture relative al secondo trimestre (aprile-maggio-giugno)
   - entro il 30 novembre per le fatture relative al terzo trimestre (luglio-agosto-settembre)
   - entro il 28 febbraio dell'anno successivo per le fatture relative al quarto trimestre (ottobre-novembre-dicembre).

   Il diritto al pagamento dei suddetti saldi maturerà entro sessanta giorni dalla data della fattura. L'ASL, entro trenta giorni prima dei termini di cui al comma 3, al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, comunica alla struttura quanto liquidabile a saldo; ed eventualmente richiede alla sottoscritta struttura privata eventuali note di credito, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per assicurare il rispetto dei limiti di spesa e di fatturato fissati al precedente art. 4.
4. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della sottoscritta struttura privata, fermo restando che tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il pagamento delle fatture emesse a saldo in corso d'anno non potrà essere effettuato alle scadenze periodiche stabilite nel comma precedente, per la parte corrispondente al superamento della C.O.M. in maturazione.
5. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.
6. Senza che sia necessaria la costituzione in mora, e sempre che la ASL non dimostri che il ritardo nel pagamento è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa ad essa non imputabile, dal giorno successivo alla scadenza del termine di pagamento maturano in favore della struttura privata gli interessi di mora, convenzionalmente stabiliti nella misura del tasso di riferimento di cui agli art. 2 e 5 del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, come modificato dal decreto legislativo 9 novembre 2012, n. 192, come di seguito indicato:
   a) per i primi due mesi di ritardo: due punti percentuali;
   b) per i successivi due mesi di ritardo: quattro punti percentuali;
   c) per ulteriori due mesi di ritardo: sei punti percentuali;
   d) a decorrere dall'inizio del settimo mese di ritardo: otto punti percentuali.
7. La struttura privata esprime il proprio consenso ai sensi dell'art. 1194 del Codice Civile ad imputare i pagamenti ricevuti dalla ASL al capitale, prima che agli interessi, alle spese ed al risarcimento previsto dall'art. 6 del Dlgs 231/2002 e s.m.i., salvo diversa indicazione scritta da parte della ASL medesima.
8. Il pagamento da parte della ASL di interessi moratori e spese, nonché dell'indennizzo di cui all'art. 6 del Dlgs 231/2002, avverrà a seguito della emissione da parte del creditore di apposita e regolare fattura (cheavrà anche valore di formale richiesta di pagamento, stante l'automatismo della costituzione in mora). In tal caso la ASL emetterà una specifica disposizione di pagamento, che dichiari espressamente e per iscritto l'imputazione dello stesso agli interessi, alle spese e/o all'indennizzo.
9. Ai fini del rispetto della normativa sulla tracciabilità dei pagamenti, la sottoscritta struttura privata indica il seguente conto corrente bancario di cui è intestataria, sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovutoin esecuzione del presente contratto:
   codice IBAN:_____;
   presso:_____, generalità

dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto: _____

impegnandosi a comunicare tempestivamente, con apposita lettera firmata dal legale rappresentante, eventuali modifiche.

**Art. 10 (Efficacia del contratto)**

1. Il presente contratto esplica efficacia con riferimento al periodo 1° gennaio 2026- 31 dicembre 2026, nonché al periodo 1° gennai o2027 – 31 dicembre 2027;
2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

**Art. 11**

**(Precisazione in ordine al valore giuridico dell'Ordine Elettronico)**

1. L'ordine di acquisto elettronico, previsto dalle disposizioni vigenti in materia di emissione e trasmissione dei documenti, attestanti l'ordinazione degli acquisti di beni e servizi effettuata in forma elettronica dagli enti del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 414, della legge 27 dicembre 2017, n.205, e dei successivi decreti del Ministro dell'Economia e delle Finanze del 07.12.2018 e del 27.12.2019 (cd. Nodo Smistamento Ordini in formato elettronico – NSO), non costituisce riconoscimento giuridico della quantità e qualità delle prestazioni effettuate e/o da effettuare, ma è un mero strumento di regolarità e trasparenza amministrativa.
2. Pertanto, le prestazioni sanitarie eseguite dalla sottoscritta struttura privata ed il corrispondente valore economico saranno comunque soggette all'applicazione di tutti gli abbattimenti previsti dal presente contratto e/o da altre disposizioni normative nazionali e/o regionali in materia di variazione del volume e del valore medio delle prestazioni e loro limiti, inclusi tutti i controlli della regolarità e dell'appropriatezza prescrittiva, nonché agli abbattimenti del fatturato liquidabile, necessari per assicurare il rispetto dei limiti di spesa fissati dal presente contratto.

**Art. 12**

**(Norme finali)**

1. Per qualsiasi controversia tra la sottoscritta struttura privata e la ASL e/o la Regione, anche non inerente al presente contratto, è espressamente escluso il ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
2. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere la delibera di Giunta Regionale n. del_/ /_, sopra citata.

**Art. 13**

**(Clausola di salvaguardia)**

1. Con la sottoscrizione del presente contratto la sottoscritta struttura privata accetta completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto per il periodo di efficacia dello stesso.
2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati al comma 1 (provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate con il presente contratto;
3. Con la sottoscrizione del presente contratto la struttura accetta anche i criteri e la metodologia di determinazione dei limiti di spesa, che restano fermi per le determinazioni successive relative alle medesime annualità.

. ..... ,____/ _____

Timbro e firma della ASL_____
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

_____ _____

**ALLEGATO D**

**Schema di contratto ai sensi dell'art. 8- quinquies, comma 2, del D.Lgs n. 502/1992 e smi – Macroarea sociosanitaria**

Tutte le clausole del presente contratto hanno carattere essenziale e formano, unitamente allo stesso, unico ed

inscindibile contesto. Sono da intendersi specificamente approvate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del C.C. le clausole di cui all'art. 9, comma 5: ("*A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento diciascuno dei saldi di cui al precedente comma 3 è subordinato al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito*"); art. 12, comma 1: ("*Per ogni controversia riguardo all'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sedelegale la sottoscritta ASL"*); e l'intero art. 13 (*Clausola di salvaguardia*) del presente contratto.

. ..... ,___/_____202___

Timbro e firma della ASL_____
Il Direttore Generale
_____

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata
_____